UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1948 — N° 86

EVIDEMENT INGUINAL COMBINÉ A L'AMPUTATION DE CUISSE DANS CERTAINS EPITHÉLIOMAS DU MEMBRE INFÉRIEUR

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement en Juillet 1948

PAR

ANNETTE FALQUE

EXTERNE DES HOPITAUX

Membres du Jury

MM. DUCUING.. *Président*

CALVET ... } *Assesseurs*

MARQUES.. } *Assesseurs*

GRIMOUD..

BAZEX..... *Suppléant*

IMPRIMERIE P. JULIA, 2, RUE TEMPONIÈRES
TOULOUSE

—

1948

Annette FALQUE

Evidement inguinal combiné à l'amputation de cuisse dans certains épithéliomas du membre inférieur.

Toulouse. Imprimerie P. JULIA.

1948, in-8° (54 pages).

(*Thèse Médecine, Toulouse*, n° 86.)

Annette FALQUE

Evidement inguinal combiné à l'amputation de cuisse dans certains épithéliomas du membre inférieur

Toulouse. Imprimerie P JULIA.

1948, in-8° (54 pages).

(*Thèse Médecine, Toulouse*, n° 86.)

Annette FALQUE

Evidement inguinal combiné à l'amputation de cuisse dans certains épithéliomas du membre inférieur

Toulouse. Imprimerie P. JULIA.

1948, in-8° (54 pages).

(*Thèse Médecine, Toulouse*, n° 86.)

Annette FALQUE

Evidement inguinal combiné à l'amputation de cuisse dans certains épithéliomas du membre inférieur

Toulouse. Imprimerie P. JULIA.

1948, in-8° (54 pages).

(*Thèse Médecine, Toulouse*, n° 86.)

ÉVIDEMENT INGUINAL

COMBINÉ A L'AMPUTATION DE CUISSE

DANS

CERTAINS ÉPITHÉLIOMAS

DU MEMBRE INFÉRIEUR

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1948 N° 86

EVIDEMENT INGUINAL COMBINÉ A L'AMPUTATION DE CUISSE DANS CERTAINS EPITHÉLIOMAS DU MEMBRE INFÉRIEUR

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement en Juillet 1948

PAR

ANNETTE FALQUE

EXTERNE DES HOPITAUX

Membres du Jury

MM. DUCUING... *Président*

CALVET ... } *Assesseurs*

MARQUES.. }

GRIMOUD..

BAZEX..... *Suppléant*

IMPRIMERIE P. JULIA, 2, RUE TEMPONIÈRES
TOULOUSE

—

1948

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

DOYEN	MM. CALVET.
ASSESSEUR	LEFEBVRE.
Doyens honoraires	BARDIER, GORSE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DALOUS — MM. RISPAL, LAFFORGUE, ARGAUD — MM. MERIEL, CAUBET — MM. MAURIN, RIBAUT, SERR.

PROFESSEURS

Clinique de neurologie et de psychiatrie	MM. RISER.
Clinique médicale	TAPIE (J.), ROQUES.
Clinique obstétricale	GARIPUY.
Physiologie	SOULA.
Clinique chirurgicale et du Cancer	DUCUING.
Physique biologique et médicale	BUGNARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NANTA.
Chimie et Toxicologie	BRUSTIER.
Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRAIL.
Clinique chirurgicale et gynécologie	LEFEBVRE.
Anatomie	CLERMONT, VALLOIS.
Histoire naturelle	DELAS.
Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL.
Pharmacie	CAUJOLLE.
Pathologie interne	MOREL.
Bactériologie, hygiène, médecine sociale	ANDRIEU.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	VIRENQUE.
Clinique des maladies des voies urinaires	FABRE (P.).
Matière médicale	VINCENT.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	MERIEL (P.).
Anatomie pathologique	FABRE (J.).
Clinique O. R. L. et de chirurgie maxillo-faciale	CALVET.
Clinique ophtalmologique	CALMETTES.
Chimie biologique	VALDIGUIÉ
Médecine légale et Médecine du Travail	PLANQUES.
Histologie et Embryologie	BROUSSY.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Physiologie	BAISSET.
Obstétrique	GUILHEM.
Anatomie	COULOUMA.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

Histologie	MM. BIMES, ch. de f.
Anatomie	LAZORTHES.
Médecine	GADRAT, DARNAUD, GÉRAUD, DARDENNE, LAPORTE.
Chirurgie	RIEUNAU, DIEULAFÉ, DAMBRIN (P.).
Ophtalmologie	DEODAT.
Physique médicale	MARQUÈS.
Pharmacie	COUTURIER.
Chimie générale pharmaceutique	BLANC.
Histoire naturelle et pharmaceutique	Mme DULUCQ-MATHOU.
Odonto-Stomatologie	CADENAT.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	MM. GARIPUY.
Cours d'anatomie physiologique et pathologie élémentaire aux élèves sages-femmes	GUILHEM.
Chimie biologique	VALDIGUIÉ (P.).
Chimie pathologique	VALDIGUIÉ (P.).
Chimie minérale	BLANC.
Physique pharmaceutique	AUVERGNAT.
Dermatologie et Syphiligraphie	BAZEX.
Législation pharmaceutique	BOUISSET.
Microbiologie	BOUISSET.
Clinique de la Tuberculose	MOREL, DAMBRIN P.
Parasitologie	LASSERRE.
Botanique et Cryptogamie	Mme DULUCQ-MATHOU.
Chimie analytique	MM. BLANC.
Médecine Sociale et du Travail et Assurances Sociales	BOUNHOURE.
Anatomie médico-chirurgicale	THOMAS.
Pharmacodynamie	BOUNHOURE.
Bactérioologie et Hygiène	LAPORTE.
Urologie	LHEZ.
Ophtalmologie	DEODATI.
Neuro-chirurgie	LAZORTHES.
Clinique O. R. L.	CLAUX.
Secrétaire de la Faculté	DUCROS.

La Faculté déclare n'être par responsable des opinions émises par les candidats.

(Délibération en date du 12 mai 1891.)

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A LA MEMOIRE DE MON PERE

Dont le souvenir et l'invisible présence m'ont toujours soutenue jusqu'à ce jour où j'aurais tant voulu qu'il soit près de moi.

A MA MERE

Dont les sacrifices m'ont permis de mener à bien ces longues années d'études.

Qu'elle trouve ici le faible gage du grand amour que je lui porte.

A MA SŒUR

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DUCUING

Professeur de Clinique Chirurgicale et du Cancer,

Directeur du Centre Régional Anti-Cancéreux de Toulouse.

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre Jury de thèse.

Respectueux témoignage de reconnaissance.

A NOTRE JURY DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CALVET

Doyen de la Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie,

Professeur de Clinique Oto-Rhino-Laryngologique.

Chevalier de la légion d'Honneur

Hommage respectueux.

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARQUES

Professeur Agrégé de Physique Médicale,

Sous-Directeur du C. R. A. C. de Toulouse,

Electro-Radiologiste en Chef des Hôpitaux de Toulouse.

Témoignage de reconnaissance pour ses précieux enseignements.

MONSIEUR LE PROFESSEUR GRIMOUD

Professeur Agrégé de Chirurgie.

Qu'il soit remercié pour la bienveillance qu'il nous a toujours marquée durant nos années d'études et ses précieux enseignements.

MONSIEUR LE DOCTEUR BAZEX

Chargé de Cours à la Faculté.

Hommage respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ESTRADE

Qui nous a inspiré ce travail.
Qu'il trouve ici l'expression de ma profonde gratitude pour l'aide précieuse qu'il m'a apportée dans l'exécution de ce travail.

A MES MAITRES DE CONFÉRENCE D'EXTERNAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR JACQUES LAPORTE

Professeur Agrégé à la Faculté.

En remerciement de la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.

MONSIEUR LE DOCTEUR ROBERT CROS

Ancien Chef de Clinique de la Faculté.

Amicalement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR HENRI PONS

Electro-radiologiste Chef des Hôpitaux.

ET A MADAME

Qu'ils soient remerciés pour la gentillesse qu'ils m'ont toujours témoignée.

Amicalement.

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTE

ET DES HOPITAUX

INTRODUCTION

Le traitement des épithéliomas cutanés pose souvent des problèmes malaisés à résoudre dans la pratique.

En effet, si les principes de ce traitement sont assez bien établis, leur exécution demande cependant la mise en œuvre de la meilleure combinaison possible des moyens dont on dispose.

Quel que soit le siège du cancer, le problème thérapeutique doit être envisagé sous un double aspect :

1° *Le traitement de la lésion locale;*

2° *Le traitement des territoires ganglionnaires correspondants.*

Le traitement des cancers du membre inférieur, tout en étant un aspect particulier de ce problème général, obéit à la règle précédente.

***

Le traitement de la lésion locale dépend de facteurs multiples que nous examinerons ultérieurement.

Mais, en premier lieu, étant donné le rôle si important des ganglions dans le processus d'envahissement cancéreux, il nous a semblé qu'il n'était pas aussi illogique qu'on pourrait le penser d'envisager d'abord le traitement *de principe* qu'il convient d'appliquer aux territoires ganglionnaires.

En effet, si ce traitement est relativement simple dans son exécution, l'indication pose un double problème :

1° Faut-il traiter ?

2° Quand faut-il le faire ?

Deux cas sont à envisager :

a) *Il y a métastases probables dans des ganglions cliniquement perceptibles ;*

b) *Il n'y a pas de ganglions cliniquement perceptibles, donc les métastases sont improbables,* nous verrons ce qu'il faut penser de cette appréciation purement clinique.

Dans le premier cas, le principe du traitement est *absolu :* il faut toujours considérer l'adénopathie comme cancéreuse et la traiter comme telle.

Deux moyens peuvent être employés : l'irradiation et la chirurgie. Nous verrons les raisons pour lesquelles la solution est encore chirurgicale, sauf dans les cas de contre-indications locales absolues (ganglions inextirpables) ou générales (risques opératoires).

C'est l'évidement ganglionnaire régional qu'il faut en général pratiquer.

Dans le deuxième cas, où il n'y a pas de réaction ganglionnaire cliniquement perceptible, donc moins de « chance » de métastases, faut-il systématiquement faire l'évidement ganglionnaire à titre prophylactique ou faut-il s'abstenir et attendre ?

C'est l'étude des documents publiés qui fournira la réponse et permettra de choisir dans ce cas l'attitude « de principe ».

Les statistiques sont rares :

Taylor et Nathanson rapportent 32 cas d'évidement inguinal pour cancer du membre inférieur sur lesquels il y avait 18 cas d'envahissement histologique des ganglions, *soit plus de 50 %.*

Tailhefer et Courtial en 1943, dans le Bulletin de l'Association Française pour l'Etude du Cancer, rapportent 19 cas d'épithéliomas du membre inférieur. Après traitement de la lésion locale, 9 sur 19 ont été guéris, *mais 8 fois,* les ganglions

inguinaux étaient envahis, soit un pourcentage également important d'atteinte ganglionnaire.

De ces documents, on peut conclure que la présence de métastases est assez fréquente pour légitimer le traitement prophylactique et systématique des régions ganglionnaires, traitement, qui sauf contre-indication, est exclusivement chirurgical.

⁂

En ce qui concerne la lésion locale, le problème s'avère beaucoup plus complexe; elle peut bénéficier de plusieurs modes de traitement :

— Les agents physiques d'une part (radium-rayons X);

— L'électro-coagulation et la chirurgie, d'autre part.

Ce traitement chirurgical dont nous préciserons les indications est dans certains cas une *amputation haute.*

Nous avons ainsi réuni les deux éléments qui justifient l'attitude chirurgicale qui a motivé notre travail :

Amputation haute,
Evidement inguinal.

Peut-on envisager quelquefois de réduire à un seul geste ces deux interventions et faire une opération combinée ?

C'est le but de cette étude, basée sur trois observations récentes (1946-1947) du Centre Régional Anticancéreux de Toulouse.

⁂

Notre travail sera divisé selon les chapitres suivants :

I. OBSERVATIONS.
II. INDICATIONS DE L'AMPUTATION.
III. INDICATIONS DE L'EVIDEMENT.
IV. INDICATIONS DE L'OPERATION COMBINEE.
V. TECHNIQUE OPERATOIRE
VI. DISCUSSION DE LA TECHNIQUE.
CONCLUSIONS

CHAPITRE PREMIER

Observations

OBSERVATION I

C. R. A. C. de Toulouse. - Observation n° 18.766.

A... (Gaston), 35 ans, cultivateur, marié, trois enfants vivants.

Envoyé par l'Hôpital d'Albi. Hospitalisé le 15 mai 1946 pour cancer sur cicatrice de brûlure de la jambe droite.

Le malade a été brûlé à l'âge de 3 ans, il y a donc 32 ans. Il portait une cicatrice étendue à toute la face postérieure de la cuisse droite jusqu'aux creux poplité.

Cette cicatrice est restée inchangée jusqu'en septembre 1945. A ce moment-là apparaît à la partie inférieure de la cicatrice au-dessus du creux poplité, une ulcération torpide saignant peu, qui s'étend rapidement au début. L'extension marque un temps d'arrêt, puis reprend de nouveau. La suppuration s'installe dès le début et ne cesse d'augmenter.

Il y a deux mois, des douleurs paroxystiques, surtout nocturnes, apparaissent au niveau de la plaie.

A l'entrée, la jambe droite est en demi-flexion, l'impotence est importante, la flexion et l'extension sont très limitées.

Sur la face postéro-externe de la cuisse droite siège une grande cicatrice de brûlure, pigmentée et rétractile.

A la partie postéro-inférieure, au niveau du creux poplité, siège une vaste ulcération ovalaire, de 7 à 8 centimètres de large sur 4 à 5 de hauteur. Le fond est bourgeonnant, jaunâtre,

parsemé de points roses, saignant peu, mais suppurant abondamment.

Les bords sont saillants et entourés d'une zone inflammatoire.

Un peu au-dessus et en avant de l'ulcération existe un nodule de la grosseur d'une noisette, creusé d'un cratère fongueux et sanieux.

Il n'existe pas d'adénopathies inguinales perceptibles.

L'état général du malade est bien conservé.

Biopsie : pratiquée le 17 mai 1946, montre sur les bords de l'ulcération et sur le nodule qu'il s'agit d'un :

— Epithélioma spino-cellulaire avec nombreux globes cornés; karyokinèses rares; stroma lâche à l'intérieur du néoplasme, plus dense à la périphérie, peu infiltré dans l'ensemble.

Intervention décidée et pratiquée le 28 mai 1946 (Docteur ESTRADE).

Sous anesthésie général, on effectue un évidement inguinal combiné à une amputation haute de cuisse.

Le choc opératoire est assez important, du Subtosan intraveineux est injecté pendant l'intervention et une transfusion de 250 cc. est nécessaire par la suite.

On fait de la pénicilline locale et générale par voie intramusculaire.

L'examen histologique de la pièce opératoire montre qu'il s'agit d'une hyperplasie simple du tissu ganglionnaire, à type inflammatoire, *donc pas de métastases.*

Les suites opératoires sont longues. La cicatrisation est assez lente, il y a sphacèle des lambeaux d'évidement sur un centimètre environ et sphacèle de quelques faisceaux musculaires superficiels du moignon. Il y a infection torpide malgré le maintien en place du drainage. On fait seize séances d'ultra-violets généraux. Le malade sort le 7 octobre 1946 *incomplètement* cicatrisé.

Revu à la consultation du CRAC le 30 décembre 1946.

Le malade présente un moignon infiltré, à cicatrice très mince, avec une surface lenticulaire, à épiderme très aminci, recouvert de quelques croûtes noirâtres.

Du côté de l'évidement, cicatrice rétractile chéloïdienne sans ulcération.

La région rétro-crurale est souple.

Il y a œdème et infiltration du moignon. On conseille au malade de revenir dans trois mois et d'attendre un peu pour porter un appareil.

Revu le 5 *mai* 1947.

L'état local est peu changé. Il n'y a pas d'ulcération sauf une croûtelle au milieu de la cicatrice terminale. L'infiltration du moignon est moindre.

L'aspect général de la cicatrice est inchangé. On prescrit une pommade vitaminée.

L'état général est bon.

Revu le 15 *septembre* 1947.

La cicatrisation est bonne avec cependant un aspect rétractile au niveau de la région inguinale.

La région rétro-crurale est souple et ne présente pas d'adénopathies perceptibles.

L'œdème du moignon a diminué, sa mobilité a augmenté.

On conseille au malade de se faire appareiller.

Revu le 1er *mars* 1948.

Moignon en bon état.

Région inguinale souple.

Bon état général.

***

OBSERVATION II

Clinique chirurgicale de M. le Professeur Ducuing.

L... (Auguste), 58 ans, employé.

Hospitalisé à Purpan le 23 mai 1947 pour cancer sur cicatrice de brûlure du creux poplité gauche.

Le malade a été électrocuté en 1914. Il était porteur d'une importante brûlure du creux poplité gauche, dont la cicatrisation fut parfaite, ne laissant aucune gêne fonctionnelle.

En 1933 une prolifération apparaît, excisée localement. La cicatrisation est bonne.

En mars 1946, une ulcération avec suppuration spontanée de plus en plus abondante s'installe et le malade doit cesser tout travail en novembre 1946.

La suppuration est alors très abondante, sans température, mais s'accentue de plus en plus et s'accompagne d'une asthénie et d'un amaigrissement croissant.

En février 1947, le membre est rétracté en demi flexion et des douleurs très importantes rendent la marche difficile.

A l'entrée, en mai 1947, le malade présente une plaie étendue, irrégulière, bourgeonnante, brune, qui suppure abondamment, siégeant au centre de la cicatrice, sur une surface comme une paume de main environ.

Il y a d'importantes adénopathies inguinales, mobiles, mais de consistance assez dure.

A l'examen général, on constate une asthénie importante et un gros amaigrissement.

Biopsie pratiquée le 28 mai 1947.

Il s'agit d'un épithélioma spino-cellulaire à globes cornés volumineux.

— Karyokinèses rares; stroma lâche assez fortement infiltré.

Intervention le 12 juin 1947 (Dr Estrade).

Sous anesthésie générale, on effectue un évidement inguinal combiné à une amputation de cuisse.

Pénicilline localement.

Les suites opératoires sont bonnes; une petite bande de sphacela se produit à la base du triangle de Scarpa, le long du lambeau interne.

L'état général est excellent.

L'examen histologique de la pièce opératoire montre qu'il

s'agit d'hyperplasie simple des ganglions à type inflammatoire, *donc pas de métastases.*

Revu le 26 février 1948.

Le moignon est de bonne qualité. Les tissus sont légèrement infiltrés d'œdème. L'aspect du moignon évoque celui de certains « gros bras » après amputation du sein.

Pas d'adénopathies inguino-crurales.

Très bon état général.

Doit être revu dans six mois.

***

OBSERVATION III

C. R. A. C. de Toulouse. - Observation n° 19.230.

C... (Jean), 58 ans, cultivateur, marié, huit enfants vivants.

Il s'agit d'une blessure datant de 1914; la cicatrice siège sur la face dorsale du pied gauche et remontant sur la face externe de la cheville.

La peau amincie a toujours présenté des zones fragiles et de temps en temps de petites ulcérations.

Au mois de juin 1946 apparaît un nodule au niveau du pied, qui s'ulcère et saigne facilement.

Envoyé à l'Hôpital de Brive, il est dirigé sur le C. R. A C. de Toulouse.

Hospitalisé en septembre 1946, le malade refuse l'intervention et sort.

Il est hospitalisé de nouveau le 27 juin 1947.

A son entrée : le malade présente au niveau du pied gauche une surface ulcérée de 4 à 5 centimètres de hauteur à aspect végétant et bourgeonnant occupant toute la surface de la cicatrice (dos du pied et malléole externe).

Cette ulcération n'est pas douloureuse et saigne au moindre contact.

L'état général du malade est bon.

Il présente de volumineuses adénopathies inguinales et poplités, ganglions durs roulant sous le doigt sans péri-adénite.

Biopsie faite le 28 *juin* 1947.

Il s'agit d'un :

— Epithélioma spino-cellulaire lobulé à globes cornés.

— Karyokinèses assez nombreuses.

— Stroma très lâche, assez fortement infiltré de cellules mobiles.

Intervention le 3 juillet 1947 (Dr Estrade).

Sous rachianesthésie, on pratique un évidement inguinal et une amputation de cuisse dans le même temps.

Les suites opératoires sont bonnes. La cicatrisation assez lente se fait cependant normalement.

On pratique la pénicillinothérapie par voie générale.

L'examen de la pièce opératoire a donné les résultats suivants :

Sur le ganglion poplité superficiel,
Sur le ganglion poplité profond,
Sur les ganglions inguinaux,

— Hypèrplasie simple du type inflammatoire avec structure ganglionnaire conservée. *Il n'y a métastase dans aucun des paquets examinés.*

Le malade sort en bon état en août 1947.

Le malade a été perdu de vue depuis sa sortie de l'hôpital, à plusieurs reprises il a refusé de se rendre à la consultation en invoquant que son état de santé était excellent.

Nous n'avons donc pas pu suivre l'évolution de l'état de ce malade, mais nous pouvons nous baser sur les nouvelles écrites par le malade pour conclure à un bon résultat.

CHAPITRE II

Indications de l'Amputation

Il s'agit le plus souvent d'épithéliomas survenant sur des cicatrices, presque toujours étendues comme peuvent l'être celles des brûlures ou des blessures de guerre, qu'elles soient simples ou chéloïdiennes.

Rivière (Thèse Bordeaux 1938) présente 52 observations de cancers des membres inférieurs survenus sur des cicatrices de brûlures.

Il rapporte le pourcentage suivant : 9 % des cancers des extrémités surviennent sur des cicatrices de brûlures; c'est le cas pour les deux malades répondant aux observations I et 2; le troisième malade (observation III) présentait un épithélioma sur cicatrice de blessure de guerre; étiologie analogue pour le malade présenté en 1940 par Hardouin, c'est d'ailleurs l'étiologie la plus fréquente après les brûlures.

Mais, plus que l'étiologie du néoplasme, l'étendue, l'extension et des considérations d'ordre général, guideront l'indication de l'amputation.

Après Dupuytren qui a préconisé le premier, en 1839, l'amputation pour cancer sur cicatrice du membre inférieur, de nombreux auteurs ont pratiqué cette intervention à des hauteurs variables.

Il s'agissait souvent de malades déjà traités antérieurement (et l'amputation était secondaire à une récidive) ou de cancers étendus en profondeur et en surface.

De l'examen de ces observations et principalement d'après

Rivière, il découle que l'amputation est indiquée dans un certain nombre de cas.

a) *Quand l'extension en profondeur et l'adhérence de la tumeur* sont telles que l'excision large est impossible sans gros délabrements et sans que l'on soit *sûr de tout enlever.*

b) *Quand l'extension en surface* est importante ou qu'elle semble atteindre ou dépasser le relai ganglionnaire poplité.

c) *Quand il y a une large ouverture d'une articulation* importante telle que le genou.

d) *Quand de grandes surfaces osseuses sont exposées à l'air libre, ce qui détermine leur nécrose.*

e) *Quand une suppuration profonde* de la plaie, rebelle au traitement, se complique de fièvre et d'une anémie dangereuse pour le malade, bien que actuellement c danger soit considérablement diminué par la pénicilline.

f) *Quand il y a danger d'hémorragie* grave par atteinte d'un gros tronc ou que des hémorragies répétées entraînent une anémie importante.

g) *Quand il y a échec ou insuffisance des autres thérapeutiques.*

Que l'on ait employé le radium, la radiothérapie, l'électrocoagulation ou l'exérèse localisée, les résultats sont sensiblement les mêmes et paraissent aussi infidèles, dans tous les cas, quelle que soit la méthode employée.

Trèves et Pack publient en 1930 plusieurs observations datant de 1928, cancer du membre inférieur sur cicatrices de brûlures. Il y a trois récidives sur quatre cas.

Mme Simone Laborde publie également en 1930 « Quelques observations de cancers développés sur cicatrices de brûlures. Difficulté de leur traitement par le radium ».

Tous ces auteurs, quelle que soit la méthode employée, se heurtent aux mêmes difficultés; après une première période où une amélioration considérable se produit (bourgeons qui s'affaissent, ulcérations qui se comblent), la cicatrisation s'arrête,

la plaie devient atone, grisâtre, puis le processus néoplasique reprend aussitôt.

Il semble qu'il y ait ici une question de terrain. Plusieurs facteurs ont été invoqués, en particulier par Mme S. Laborde, pour expliquer l'échec de la *curiethérapie :*

1° *Radio-résistance* habituelle de ces épithéliomas spino-cellulaires, développés sur cicatrices, hautement différenciés, adultes.

Cette radio-résistance serait due à l'insuffisance des vascularisation de ces tissus cicatriciels.

2° La nutrition insuffisante des tissus qui ne peuvent réagir après l'action destructrice de l'irradiation, en raison de la pauvreté des rapports anaboliques à ce niveau d'où *radio-nécrose* qui se surajoute.

3° *La suppuration constante* de ces néoplasmes ulcérés qui fait obstacle à l'irradiation.

Roussy, S. Laborde et Huguenin dans le Bulletin de l'Association Française pour l'Etude du Cancer en 1943 ont publié un article sur le traitement des cancers cutanés par curiethérapie. Les auteurs, malgré quelques succès, reconnaissent que s'il est permis de tenter d'abord un traitement par le radium avant de faire une mutilation importante, la fréquence des formes infiltrantes, la précocité des adénopathies, expliquent la difficulté du traitement de ces cancers par les rayonnements.

Les résultats de la *radiothérapie profonde* sont également mauvais et ce sont les mêmes raisons qu'il faut invoquer ici encore. Quelques observations de Roffo et Gandolfo publiées en 1934, donnent *une guérison* sur huit cas traités par radiothérapie sur cancer sur cicatrice de brûlures.

L'électrocoagulation se heurte aux mêmes inconvénients.

Roussy, S. Laborde et Huguenin signalent parmi les facteurs qui influencent les résultats des traitements par les radiations, l'importance du terrain local au sein duquel se développe le cancer.

« ... Il nous paraît indéniable que le *terrain local, le milieu*

sur lequel se développe des éléments cancéreux jouent un rôle considérable dans la manière dont ces derniers réagissent à l'action des rayonnements. C'est ainsi que pour tout un groupe d'épithéliomas cutanés le traitement par les radiations est hérissé de difficultés et ne donnent souvent que des résultats nuls ou médiocres; ce sont, en particulier, ceux qui se développent sur des tissus dont la vitalité est modifiée, tels que les cancers dits « vaccinés », et les cancers qui naissent sur un état pathologique antérieur, tels que les cancers sur lupus, sur brûlures, sur radiodermite thérapeutique ou professionnelle.

« L'importance de la radio-résistance acquise par les épithéliomas déjà traités antérieurement est considérable et le nombre de malades atteints par cette variété d'épithéliomas est fort élevé si nous en jugeons par notre propre expérience. En effet, parmi les malades qui se présentent à l'Institut du Cancer, 25 % d'entre eux ont subi un traitement antérieur par les rayons X. Aussi croyons-nous utile de proclamer une fois de plus le danger des irradiations pratiquées dans de mauvaises conditions techniques.

« *Quant aux récidives après diathermo-coagulation, elles se rencontrent chez* 15 % *au moins des malades* qui se présentent à nos consultations...

« ... On sait que bien des théories ont été émises pour expliquer le phénomène de radio-immunisation signalé pour la première fois par Pierre Delbet dès 1914...

« ... Par ailleurs, au cours de ces dernières années, nous avons été frappés par le fait que cette radio-résistance, cette radio-immunisation se rencontre, non seulement au niveau des cancers antérieurement irradiés, mais aussi à la suite d'autres thérapeutiques telles que *électrocoagulation incomplète ou insuffisante* et même les simples cautérisations ignées.

« Ainsi les difficultés rencontrées dans la reprise d'un traitement par les radiations ne tiennent pas à un processus uniquement attribuable à l'action antérieure des rayonnements. Nous pensons qu'il s'agit d'un phénomène beaucoup plus général et que le terrain local, l'état des tissus au sein desquels se développe un cancer, *jouent* un rôle important vis-à-vis de

sa radio-sensibilité et de sa régression. Pour s'en convaincre, il n'est d'ailleurs que de considérer le parallélisme qui peut s'établir dans le comportement à l'égard des rayons X, des cancers dits « vaccinés » et des cancers développés sur cicatrices...

« ... Tous ces cancers, qui ressortissent au groupe des cancers sur cicatrices, présentent sous l'action du radium, une identique évolution : même amélioration après les premières applications, puis même arrêt et mêmes difficultés de régression complète et définitive. *Si bien qu'en fin de compte c'est à l'exérèse chirurgicale que nous avons l'habitude de recourir chaque fois qu'elle est possible...* »

Quant au traitement chirurgical tel que la *résection localisée*, elle doit être abandonnée au profit d'*une excision large* car on « ne va jamais assez loin ni en suface ni en profondeur » et le pourcentage des récidives atteint 80 %.

h) Enfin l'amputation devient nécessaire quand le *résultat fonctionnel* du traitement local ne permet pas une bonne utilisation du membre et que l'impotence de ce dernier constitue une gêne pour le malade beaucoup plus qu'un moignon bien appareillé.

*
**

L'examen de l'état général intervient également dans la conduite à tenir : considérations d'âge, de fatigue, une suppuration abondante ou des hémorragies graves ou répétées pouvant entraîner une asthénie ou un gros amaigrissement; cependant, actuellement avec la pratique de la pénicilline et des anti-chocs pré-opératoires, ces considérations doivent moins peser dans la décision à prendre.

L'amputation de cuisse est une opération relativement peu choquante, couramment pratiquée même chez des malades âgés ou fatigués comme le sont souvent les cancéreux.

Chez les malades I et II, les indications furent dans les deux cas un vaste épithélioma sur cicatrice de brûlure, haut situé,

suppurant abondamment, avec adénopathies inguinales chez le malade II.

Dans le cas du malade III, l'atteinte clinique des ganglions poplités et inguinaux pour un vaste épithélioma du dos du pied détermina la décision à prendre.

CHAPITRE III

Indications de l'Évidement inguinal

Alors que les ganglions inguinaux sont très précocement et fréquemment atteints dans les cancers des organes génitaux externes, leur atteinte est beaucoup plus rare dans les épithéliomas du membre inférieur.

Les auteurs ne s'accordent pas sur les limites probables de l'envahissement ganglionnaire, pas plus d'ailleurs que sur la nature possible de ces adénopathies : inflammatoires, cancéreuses ou mixtes.

La rareté relative des examens histologiques par rapport au nombre des adénopathies constatées dans de nombreuses observations, ne nous permet de conclure que difficilement et la conduite à tenir vis-à-vis de ces adénopathies n'en est que plus délicate et plus sujette à caution.

Rivière sur les cinquante-deux observations qu'il présente dans sa thèse, note la présence d'adénopathies dans seize, soit 32 %.

Deux de nos malades sur trois présentaient des ganglions cliniquement perceptibles.

Le malade présenté par Hardouin portait une volumineuse adénopathie.

Sur les seize malades de Rivière, six seulement virent leurs lésions ganglionnaires traités chirurgicalement.

Les dix autres malades ne reçurent qu'un traitement local de la lésion initiale et leurs adénopathies guérirent sans traite-

ment; même chez les trois malades, où il y eut échec, on ne relève aucune propagation ganglionnaire.

Le critérium histologique nous manque pour conclure. Sur les six malades sur lesquels on fit une extirpation ganglionnaire, l'examen de la pièce opératoire ne se fit que *deux fois*. Une fois, il s'agissait de métastase d'épithélioma spino-cellulaire.

Sur nos trois observations, il n'y a aucun envahissement néoplasique des ganglions.

Faut-il donc déduire que l'évidement inguinal ne comporte que peu d'indications, à cause de la rareté relative de l'envahissement histologique par le processus néoplasique ?

Si l'on se rapporte aux statistiques des auteurs américains, Taylor et Nathanson, nous voyons que sur trente-deux cas d'évidement inguinal pour cancer du membre inférieur, il y avait dix-huit cas d'envahissement histologique.

« Trois des malades avec métastases furent guéris, deux perdus de vue et treize firent une récidive malgré l'évidement; 11 de ces 13 malades représentaient des cas retardés dans lesquels l'évidement ne fut pas effectué, comme une partie du plan du traitement initial, mais dans lesquels le développement ultérieur d'une métastase évidente nécessita l'évidement. Quatorze malades soumis à l'évidement n'avaient pas de métastases ganglionnaires. Un de ces malades fit secondairement une métastase inguinale et fut guéri après un deuxième évidement. Un autre ne guérit pas en raison de l'échec du contrôle du processus local. Huit de ces malades furent perdus de vue. Quatre restèrent guéris... »

Tailhefer et Courtial, dans un article paru en 1943 dans le Bulletin de l'Association Française pour l'Etude du Cancer : « Le traitement des cancers primitifs de la peau et des orifices cutanéo-muqueux à la Fondation Curie » rapportent trente-neuf cas d'épithéliomas des membres dont dix-neuf cas sur le membre inférieur.

« ... Les lésions qui ont été traitées à la Fondation Curie étaient habituellement étendues (de 9 à 12 centimètres); neuf sur dix-neuf ont été guéries, surtout par curie-thérapie en surface; *huit fois les ganglions inguinaux ont été envahis. C'est*

dire la nécessité du traitement de la région ganglionnaire inguino-crurale, ici encore par évidement chirurgical... »

⁂

De toutes façons, deux éventualités se présentent à nous :

A) *Les ganglions sont cliniquement perceptibles.*

Ils sont mobiles, ils peuvent être inflammatoires, cancéreux ou mixtes. Si « la tuméfaction d'un ganglion n'est pas un signe certain de son envahissement », il vaut mieux considérer toute adénopathie comme de nature cancéreuse, pour éviter autant que possible les récidives ganglionnaires et apporter au malade une plus grande sécurité.

Ils sont fixés, ils peuvent être purement inflammatoires ou bien cancéreux fixés par la périadénite; ils sont parfaitement opérables, car le plus souvent, la périadénite régresse par un traitement local adéquat.

Une observation de Charbonnel, datant de 1934, rapporte un cas d'évidement inguinal effectué pour une coulée cancéreuse s'étalant sur tout le trajet ganglionnaire, du creux poplité au creux inguinal en suivant le trajet des lymphatiques. « Les ganglions sont pris en masse, durs, fixés. L'exérèse en bloc de la tumeur, du cordon lymphatique et des ganglions inguinaux est pratiquée selon la technique de M. le Professeur Ducuing. » Il s'agissait d'un épithélioma spino-cellulaire à globes cornés, survenu tardivement sur une cicatrice de brûlure datant de l'enfance. Il fut réalisé en quelque sorte une « opération de propreté ». Le malade est mort de métastases peu de temps après.

Quant aux *adénopathies ulcérées,* il faut en principe s'abstenir de toute intervention.

Tailhefer et Courtial prennent nettement position à propos du Traitement des régions ganglionnaires dans les cancers spino-cellulaires »...

« ... Lorsqu'il y a une adénopathie développée dans la région ganglionnaire correspondant à un cancer cutané spino-cellulaire, il n'y a pas de discussion possible; *le traitement s'impose.*

D'une façon générale, nos préférences vont aux évidements chirurgicaux. L'expérience nous a montré que leurs résultats étaient supérieurs à ceux de la radiothérapie. La plupart des régions ganglionnaires qui nous intéressent sont facilement opérables sans gravité ni mutilation. Il en est ainsi des régions ganglionnaires du cou, de l'aisselle, de l'aine... D'autre part, certaines régions, comme la région inguinale, ne peuvent être irradiées que par un seul champ; on ne peut ainsi leur donner une dose suffisante de rayonnement, pour stériliser une adénopathie secondaire à un épithélioma spino-cellulaire... »

B) *Il n'y a pas de ganglions cliniquement perceptibles.*

La conduite à tenir est difficile, car nous ignorons le pourcentage de récidives ganglionnaires dans les cancers des membres inférieurs, relativement rares par rapport aux autres localisations cancéreuses.

Pour certains auteurs, la rareté de l'envahissement cancéreux des ganglions ne justifie pas une intervention, en quelque sorte prophylactique.

Mais si l'on se base sur les résultats donnés par les Américains, par Roussy, S. Laborde et Huguenin, il apparaît qu'il y a un gros intérêt à pratiquer cet évidement préventif, *d'autant plus que l'absence d'adénopathies perceptibles ne signifie pas absence de métastases.*

Les interventions chirurgicales sur les territoires ganglionnaires suivies d'un examen histologique *systématique* de *tous* les ganglions extraits de la pièce opératoire ont permis de préciser la relative fréquence de l'envahissement microscopique des ganglions (pour Roux-Berger, cette proportion a été de 33 sur 60 cancers de la langue *sans adénopathies cliniquement perceptibles*).

Et si nous nous rapportons de nouveau à l'article de Tailhefer et Courtial, leurs conclusions sont très nettes :

« ... Lorsqu'il n'y a pas d'adénopathie décelable par la clinique, la conduite à tenir est plus discutable. Elle dépend pour nous des règles de fréquence, relatives, que l'observation de nombreux malades établit empiriquement et que les statistiques précisent.

— Chaque localisation cancéreuse a son histoire propre; nous les avons étudiées chacune séparément, chacune a son retentissement différent sur les ganglions régionaux. Mais quoique l'on pense, il nous semble impossible de ne pas tenir compte de certains faits amplement démontrés.

— L'envahissement ganglionnaire est possible dans tous les cancers spino-cellulaires cutanés.

— L'envahissement ganglionnaire existe souvent à l'état latent, sans signe clinique, décelable seulement par des examens histologiques post-opératoires. Ce que nous avons observé pour les cancers de la langue se vérifie assez souvent pour certains cancers de la peau, nos évidements systématiques nous le démontrent à tout instant...

— Les adénopathies cancéreuses secondaires ne se développent pas progressivement, permettant ainsi d'intervenir à temps, *mais souvent par poussées rapides et parfois plusieurs années après la guérison de la lésion primitive.*

— Nos statistiques démontrent la fréquence des échecs à la suite d'envahissements glanglionnaires négligés.

— Les malades sont difficiles à surveiller, ils reviennent habituellement trop tard, parce qu'ils ne souffrent pas des adénopathies assez évoluées.

— Le traitement d'une adénopathie n'est efficace que si elle est peu développée.

— Les traitements chirurgicaux des aires ganglionnaires ne sont ni graves, ni mutilants.

Pour toutes ces raisons, nous avons tendance à conseiller le traitement systématique des aires ganglionnaires même en l'absence d'adénopathie...

« ... Le choix du traitement est fait suivant les mêmes principes que lorsqu'il y a adénopathie. On a objecté à cette conduite certains arguments tout imaginatifs tirés de la notion d'un rôle de défense du tissus lympho-ganglionnaire contre la propagation du cancer. Il n'y a aucun fait précis, tout au contraire, pour adopter cette interprétation. On n'a jamais apporté la preuve d'une régression spontanée d'une adénopathie cancéreuse *réelle*. Le tissu lymphatique est la voie de choix de la

propagation cancéreuse ainsi que le démontra M. Roux-Berger dans un travail récent... »

Il résulte de tout ceci que :

1° Malgré la rareté des documents histologiques, on peut considérer que la menace ganglionnaire est fréquente.

2° Qu'en conséquence l'évidement systématique est justifié tant que des documents histologiques nombreux ne viendront pas en démontrer l'inutilité.

Ainsi posée, l'indication de l'évidement inguinal curatif ou prophylactique, l'intervention doit suivre les règles de toute intervention chirurgicale anti-cancéreuse; *exérèse large totale en un seul bloc, cellulo-lympho-aponévrotique* dépassant largement la région inguino-crurale.

Elle doit intéresser tous les groupes ganglionnaires inguinaux et le *ganglion de Cloquet* dont tous les auteurs ont signalé le fréquent envahissement.

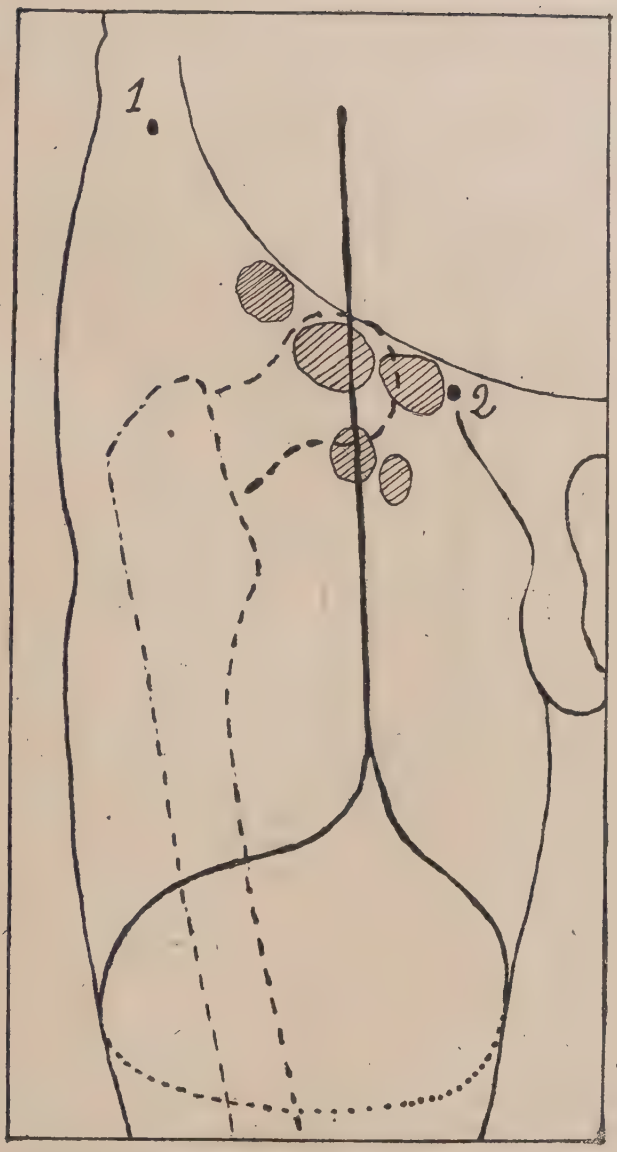

FIG. 1. — *Tracé de l'incision* : 1. Epine iliaque antéro-supérieure.
2. Epine du Pubis.

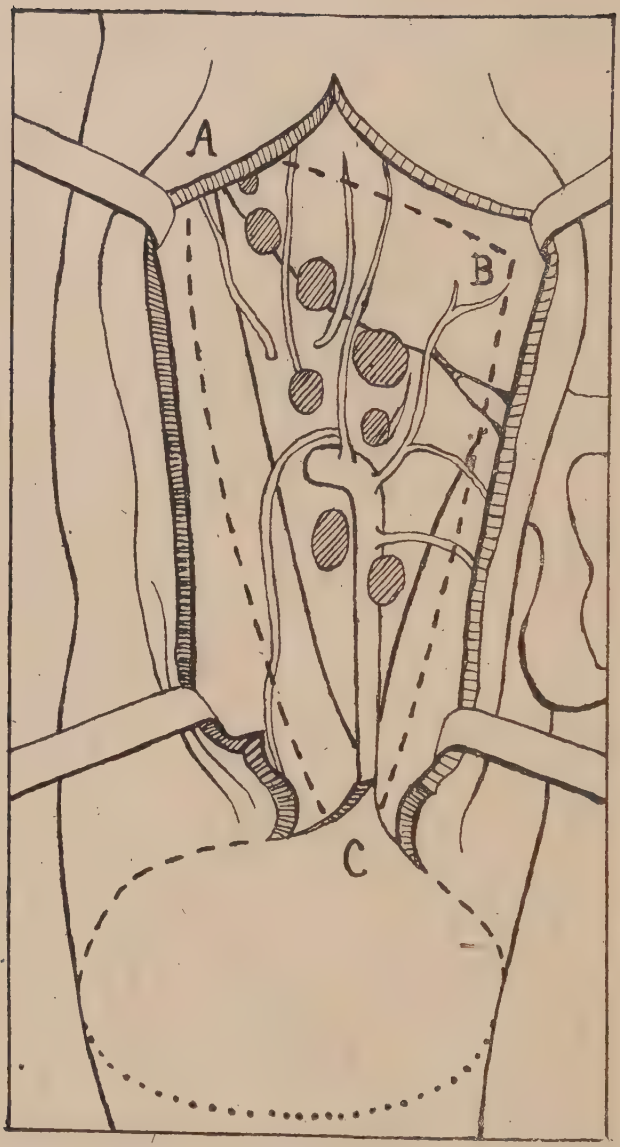

Fig. 2. — *Limites de la zone à disséquer :* ABC, en pointillé.

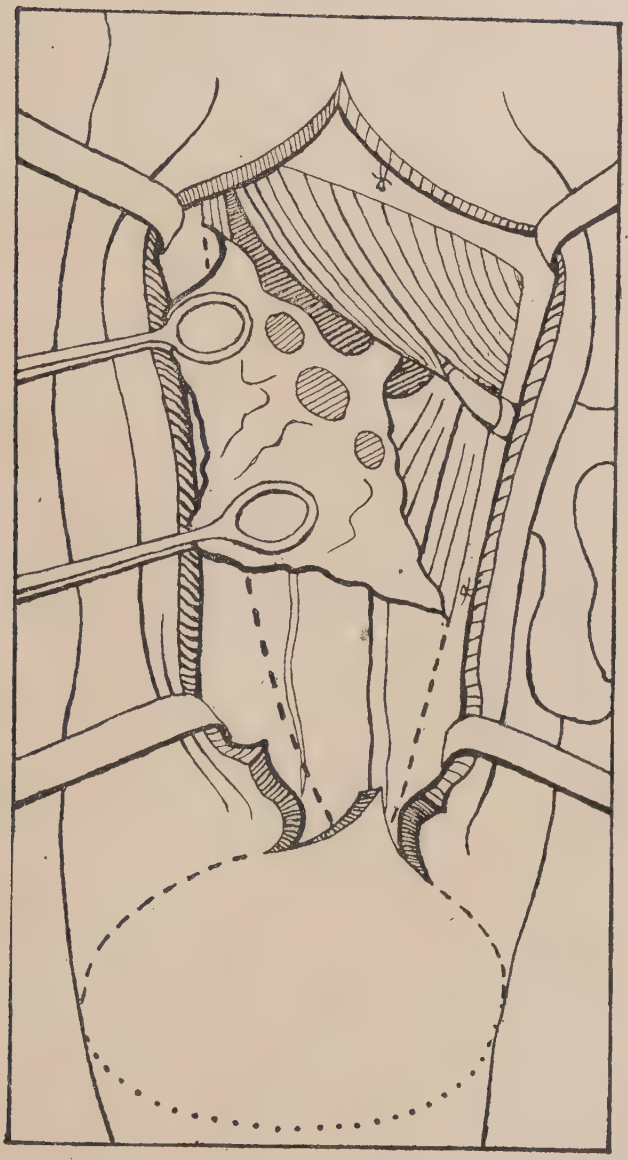

FIG. 3. — *Dissection de l'aponévrose du grand oblique :* L'aponévrose du grand oblique est dénudée jusqu'à l'arcade. On commence à voir en dedans les fibres du pectiné. En haut la gaine du couturier est ouverte.

FIG. 4. — *Dissection du bord interne et du bord externe du triangle d'évidement :* L'aponévrose du pectiné et du couturier sont disséquées, laissant les fibres musculaires à nu.

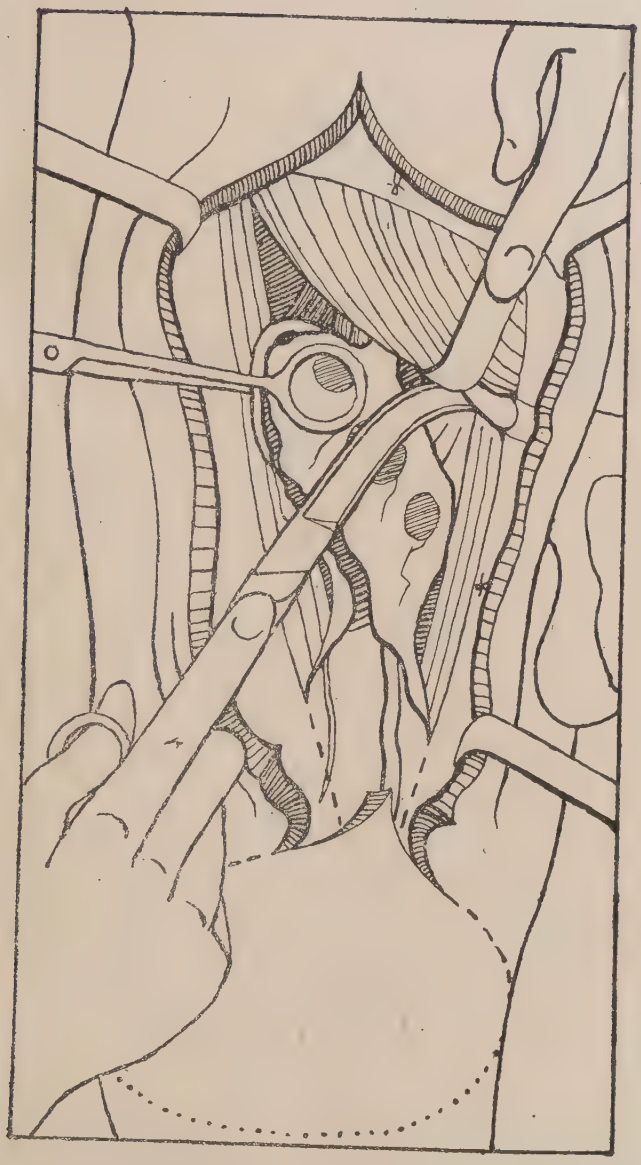

FIG. 5. — *Recherche du ganglion de Cloquet :* Effondrement du ligament de Gimbernat.

FIG. 6. — *Ligature de la crosse de la veine saphène interne.*

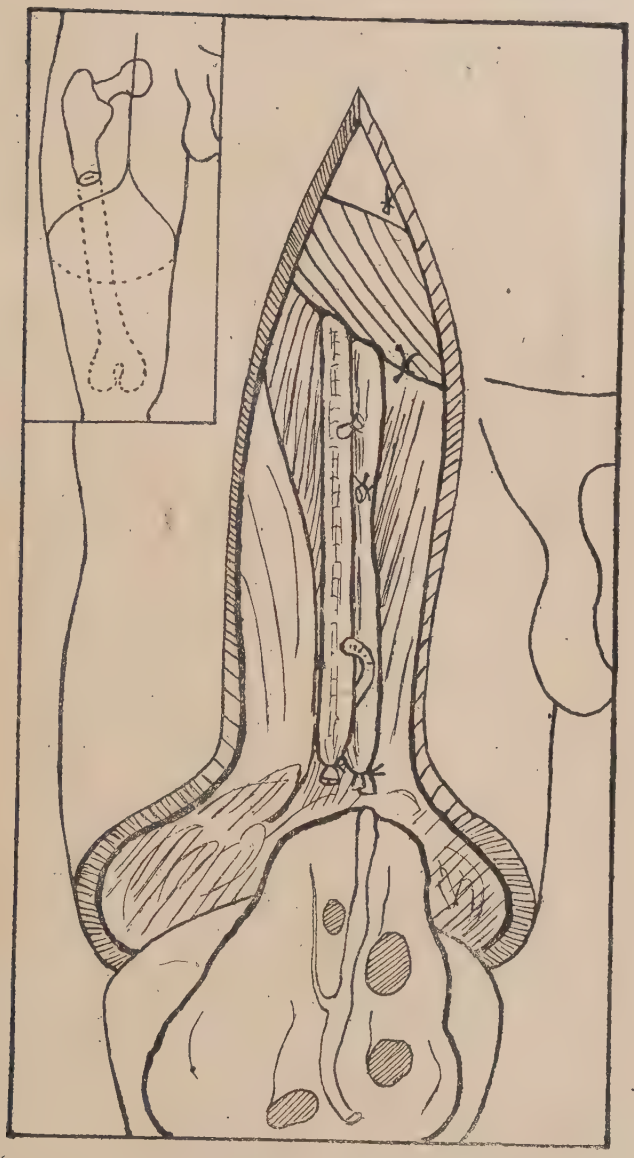

FIG. 7. — *L'évidement est terminé. On amorce l'amputation.* La pièce d'évidement ne tient plus que par les vaisseaux fémoraux.
En cartouche : Longueur à donner au fémur.

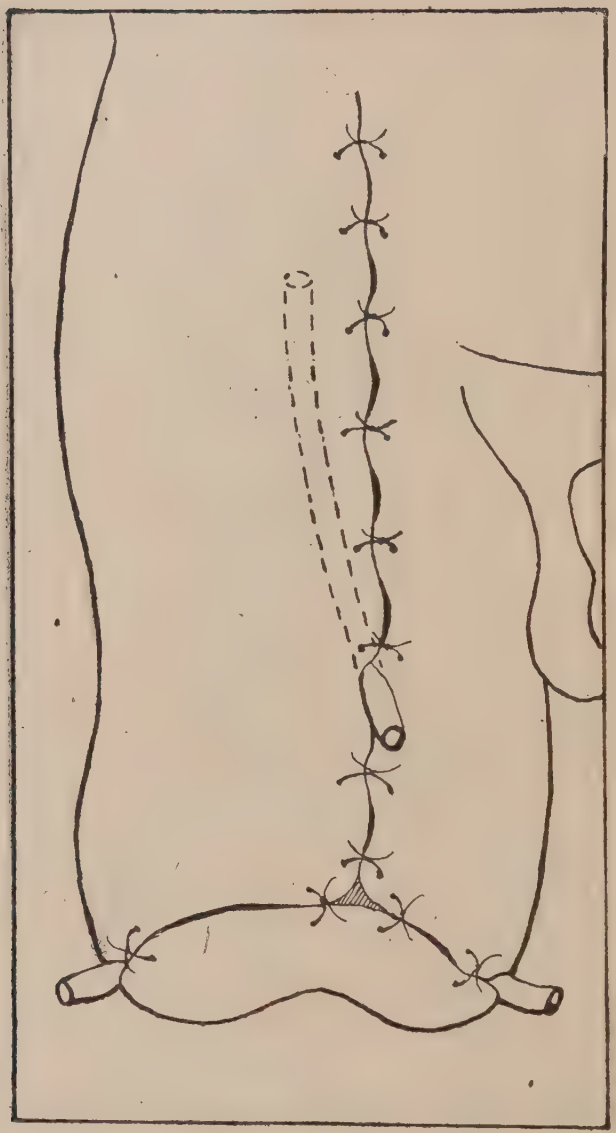

Fig. 8. — *Le moignon après l'intervention.* Un drain dans l'incision d'évidement, un drain dans le moignon.

CHAPITRE IV

Indications de l'opération Combinée

Compte tenu des différentes indications de l'évidement inguinal d'une part, de l'amputation de cuisse d'autre part, il nous a semblé logique, lorsque l'une et l'autre sont nécessaires, de les associer en une seule intervention.

Plusieurs auteurs avaient déjà pratiqué, chez certains malades, l'évidement et l'amputation, mais après un intervalle de temps plus ou moins long.

HARDOUIN, en 1940, publie une observation d'un malade atteint d'un épithélioma spino-cellulaire sur cicatrice de blessure de guerre et porteur d'adénopathies inguinales volumineuses. Il pratique, *dans la même séance opératoire sans donner de précisions techniques,* les deux interventions.

Cette association en un seul temps des deux interventions répond parfaitement à une nécessité de la chirurgie anti-cancéreuse : *enlever en bloc tous les tissus atteints, les tissus suspects environnants, dépasser largement les limites apparentes de la tumeur qui est toujours plus étendue qu'on ne le pense en surface, comme en profondeur.*

Cependant l'expérience a prouvé que, contrairement à ce qui se passe pour la majorité des cancers du sein par exemple, l'envahissement des ganglions inguinaux se fait sans qu'il y ait atteinte du tissu lymphatique intermédiaire : tout se passe comme si le processus d'envahissement néoplasique se faisait par *embolie cancéreuse* et non par *lymphangite continue.*

Il s'agit véritablement, comme dit FRUCHAUD, de « deux foyers séparés à traiter chacun pour son propre compte ».

Donc ce n'est que dans le cas de cancer haut situé, étendu en surface et en profondeur, avec atteinte du relais poplité et dans les conditions que nous avons vues plus haut, que l'amputation étant devenue inévitable on peut parler d'*opération combinée*.

S'il y a des adénopathies, c'est l'indication majeure indiscutable de cette association.

S'il n'y a pas d'adénopathies, nous avons vu que si le problème est beaucoup plus délicat, mieux vaut garder toujours présente à l'esprit la possibilité d'une métastase non cliniquement perceptible ou d'une métastase tardive.

Si l'indication de l'opération combinée est dans ce cas moins catégorique, il faut considérer, outre cette « chance » de métastase toujours possible l'intérêt que cette *intervention unique* présente au malade : elle évite l'ennui d'une seconde intervention toujours mal accueillie, un séjour plus long ou renouvelé à l'hôpital; donc *avantage matériel, avantage psychologique*.

D'autant plus que la surveillance périodique des malades est trop souvent illusoire, l'expérience quotidienne le montre. Ils reviennent toujours trop tard quand « ça » s'ouvre, quand « ça » saigne ou que « ça » fait mal.

CHAPITRE V

Technique Opératoire

A. Rappel anatomique

Le territoire ganglionnaire.

C'est la région inguino-crurale avec ses groupes ganglionnaires qui drainent tous les lymphatiques de la région : membres inférieurs et périnée, une partie des lymphatiques de la paroi abdominale antérieure basse et une partie de ceux de la fesse.

D'après Rouvière, on peut les diviser en quatre groupes superficiels, occupant chacun dans le triangle de Scarpa un des quadrants obtenus par l'entrecroisement au niveau de la crosse de la saphène, de deux lignes verticale et horizontale.

Ces groupes ganglionnaires reposent sur le *fascia cribriformis*, toit du triangle de Scarpa :

1. *Groupe supéro-interne* qui draîne les lymphatiques de la paroi abdominale antérieure, de l'appareil génital et de la fesse.

2. *Groupe supéro-externe* qui draîne les lymphatiques du reste de la fesse, de la paroi abdominale latérale et postérieure.

3. *Groupe inféro-externe* qui draîne tous les lymphatiques superficiels du membre inférieur.

4. *Groupe central,* un peu en avant de la crosse de la saphène.

Il existe également un groupe ganglionnaire profond formé de ganglions groupés autour des vaisseaux fémoraux, principalement la face interne de la veine fémorale, entre la pointe du triangle de Scarpa et l'arcade crurale. A ce niveau se trouve le ganglion de Cloquet, à cheval sur le ligament de Gimbernat. Ce dernier groupe draine tous les lymphatiques profonds, satellites des vaisseaux fémoraux.

Tous ces ganglions sont reliés entre eux par un riche réseau de lymphatiques, communiquent entre eux par les orifices du *Fascia cribriformis,* sont reliés également avec les ganglions rétro-cruraux et iliaques externes.

On conçoit aisément qu'en raison de cette disposition anatomique, *tous ces ganglions sans exception* doivent être extirpés et non pas seulement ceux qui draînent les lymphatiques du membre inférieur.

Fruchaud, en 1932, et M. le Professeur Ducuing, en 1934, ont précisé et mis au point la technique de ces évidements inguinaux.

Les limites de l'évidement doivent dépasser largement le triangle de Scarpa. La dissection doit être conduite suivant un *triangle* (fig. II) dont la ligne supérieure va de l'épine iliaque antéro-supérieure au milieu du pubis; la ligne externe suit le trajet du couturier à un travers de doigt du bord interne de ce muscle; la ligne interne suit la direction du moyen adducteur, elle dépasse son bord externe de deux travers de doigt environ.

Cette exérèse est *large,* elle doit en *profondeur* aller jusqu'au plancher du triangle de Scarpa, jusqu'à l'aponévrose des muscles qui doit être extirpée en bloc : c'est une *cellulo-lympho-adénectomie,* et la dissection terminée doit laisser voir les fibres rouges des muscles « à nu », dépouillées de leurs aponévroses, et les vaisseaux fémoraux au fond du triangle évidé.

B. Technique opératoire proprement dite

L'anesthésie est soit générale (circuit fermé). Penthotal plus éther-oxygène ou plus simplement rachi.

Pratiquée sous anesthésie générale dans deux de nos obser-

vations, sous rachi dans la troisième, l'intervention comprend en un premier temps l'évidement, en deuxième temps l'amputation.

Nous nous proposons donc de combiner deux interventions également classiques : une amputation de cuisse, un évidement inguinal.

La technique est à peu de choses près celle de Monsieur le Professeur Ducuing, mais l'évidement est mené de haut en bas et non de bas en haut. Le lien entre la pièce d'évidement et la pièce d'amputation est la veine saphène interne.

1. *L'évidement.*

a) *L'incision* (fig. 1). C'est une incision verticale, longue, qui suit la direction du triangle de Scarpa.

Elle remonte sur la paroi abdominale antérieure jusqu'à une ligne joignant l'épine iliaque antéro-supérieure au milieu du pubis.

En bas, elle atteint et dépasse de deux travers de doigt environ la pointe du triangle de Scarpa.

C'est cette incision qui sera prolongée quand la dissection sera terminée par l'incision en raquette de l'amputation qui est d'ailleurs déjà amorcée en Y au début de la dissection.

L'évidement doit être conduit de haut en bas et à la fin, la pièce d'évidement ne fait qu'un avec le membre amputé.

b) *Dissection de la peau.* Les deux lambeaux cutanés sont soigneusement disséqués près du derme, en laissant peu de graisse. Il faut éviter cependant de « peler » complètement les lambeaux pour sauvegarder les vaisseaux et ne pas s'exposer au sphacèle. La dissection doit aller assez loin pour donner suffisamment de jour sur la région à évider.

c) Nous abordons alors la *dissection du triangle d'évidement* (fig. II, III et IV).

— Dissection de *l'aponévrose du grand oblique :* après ligature des vaisseaux sous-cutanés abdominaux, on râcle l'aponévrose jusqu'à la base du triangle de Scarpa.

— Dissection du *côté externe du triangle :* on sectionne l'apo-

névrose du couturier et on la râcle à l'aide des ciseaux courbes jusqu'à la veine saphène interne, à la pointe du triangle, veine « pilote » que l'on respecte et qui constitue l'axe de la pièce.

On ligature au fur et à mesure en haut les vaisseaux circonflexes superficiels, puis un certain nombre de vaisseaux du réseau superficiel sous-cutané de la cuisse.

On pénètre alors dans l'entonnoir fémoral après avoir effondré le *Fascia cribriformis*.

— Dissection semblable *du bord interne* du triangle: l'aponévrose du *moyen adducteur* est sectionnée puis râclée jusqu'au bord interne de la veine fémorale.

On doit lier les troncs artériels pectiné et adducteur à leur sortie du muscle.

d) A ce moment, la pièce se présente comme vaguement triangulaire et les bords retournés en cornet. C'est alors que doit se pratiquer *l'effondrement du ligament de Gimbernat* et la *recherche du ganglion de Cloquet* (fig. V).

On effondre au doigt ou on sectionne au ciseau le ligament; le dégagement du ganglion doit être pratiqué très doucement pour éviter toute lésion de la grosse veine fémorale.

Ce temps laisse un orifice, point faible, véritable hernie crurale provoquée.

e) On libère alors la pièce du plan profond très progressivement en ligaturant tout d'abord la *veine saphène interne* au ras de la veine fémorale (fig. VI); il ne reste plus alors qu'à ligaturer successivement au ras des vaisseaux fémoraux tous les pédicules vasculaires qui se présentent de haut en bas : les vaisseaux circonflexes iliaques externes, les vaisseaux sous-cutanés abdominaux, honteux externes inférieurs, le tronc artériel pectiné adducteur. On ferme l'anneau crural comme on fait une cure de hernie. A ce moment, la dissection est terminée et la pièce d'évidement ne tient plus au membre inférieur que par la veine saphène interne.

2. *L'amputation.*

On prolonge l'incision de l'évidement par une incision en raquette (fig. VII).

On fait une ligature basse des vaisseaux fémoraux, l'artère fémorale étant liée en-dessous du départ de *l'artère fémorale* profonde. Il semble que l'on donne ainsi au moignon une meilleure vascularisation.

L'amputation est pratiquée sous couvert d'une compression des vaisseaux sous l'arcade et d'une anesthésie locale à la novocaïne du nerf sciatique.

Après une vérification soigneuse de l'hémostase on ferme la peau; au niveau de l'incision de l'évidement on suture au crin et on met des agrafes de Michel. Deux ou trois points de rapprochement sont nécessaires sur le moignon. Un gros drain est mis en place dans le moignon et un autre dans l'incision d'évidement (fig. VIII).

La pénicillinothérapie locale et générale est nécessaire, étant donné le terrain et la facilité d'infection de ces malades.

CHAPITRE VI

Discussion de la Technique

A. *Les risques opératoires.*

Il est certain qu'ainsi pratiquée l'intervention plus longue est plus choquante qu'un simple évidement ou que l'amputation seule.

Le choc opératoire est relativement important, cependant un seul de nos malades reçut du Subtosan intraveineux pendant l'intervention.

Les deux autres opérés supportèrent celle-ci parfaitement bien.

La thérapeutique antichoc, actuellement pratiquée avant l'opération met à l'abri de complications importantes et elle doit à notre avis être systématique.

B. *Les résultats immédiats.*

Les *complications post-opératoires* qui guettent les opérés sont pour la plupart les accidents bien connus, qui suivent l'évidement inguinal. Le nombre restreint de nos observations ne nous a permis d'observer que peu d'entr'elles : le sphacèle des lambeaux cutanés et l'œdème du moignon.

Mais nous pouvons nous permettre de penser que toutes peuvent se voir.

Ce sont d'après J. Estrade (*Bulletin de l'Association Française pour l'Etude du Cancer*, 1948, n°1).

— Les *hématomes*, évités facilement par une hémostase soigneuse et un bon drainage.

— La *lymphorragie* plus ou moins importante qui est sans gravité.

— L'*infection de la plaie* dont la pénicillinothérapie locale et générale nous mettent à l'abri.

— Le *sphacèle des lambeaux*, complication fréquente et difficilement évitable; le malade de l'observation n° 1 a présenté un sphacèle important des lambeaux cutanés de la cicatrice d'évidement et même de quelques fibres musculaires superficielles du moignon; le malade de l'observation n° 2 n'a présenté qu'une petite bande de sphacèle au niveau du triangle de Scarpa.

La nécessité d'une dissection proche du derme en est la cause.

Ce sont des complications immédiates. Plus tardivement, on peut observer :

— L'*œdème du moignon* analogue à l'œdème qui apparaît au niveau du membre supérieur après opération de Halsted. La pathogénie est certainement la même : troubles circulatoires par gêne de la circulation de retour du sang et de la lymphe ? Ce point reste bien obscur. Deux de nos malades présentent encore des moignons infiltrés (1 et 2).

— Les *phlébites* du membre opposé sont rares, propagées du moignon au membre par phlébite pelvienne.

C. *Les résultats éloignés.*

Un de nos malades a un an et demi de recul, les deux autres un an; mais nous ne pouvons malgré tout que supposer l'avenir *probable* de ces malades.

La combinaison de l'amputation haute de cuisse avec l'évidement inguinal (curatif ou prophylactique) est une intervention satisfaisante pour l'esprit et qui devrait donner de bons résultats éloignés en l'absence de métastase ganglionnaire histologiquement constatée.

Deux de nos malades suivis régulièrement à la consultation du C. R. A. C. ne présentent actuellement pas de métastase ganglionnaire rétro-crurale.

D'ailleurs l'examen de la pièce opératoire avait montré une hyperplasie simple inflammatoire des ganglions.

Mais ceci nous permet-il d'espérer qu'il n'y aura pas de métastase ?

Malgré *l'intégrité apparente* des ganglions à l'examen microscopique le plus soigneux, il peut cependant échapper à cet examen un noyau métastatique.

Et même si cette intégrité est *réelle* et *absolue* autant qu'on peut l'affirmer, des métastases tardives ne pourront-elles pas se produire, comme cela s'est déjà vu dans d'autres territoires ganglionnaires.

De toutes façons, sans être exagérément pessimiste, ni optimiste, cette méthode doit être amenée à donner d'excellents résultats éloignés si l'on compare ave cles résultats obtenus par le traitement chirurgical des autres aires ganglionnaires.

Même en présence d'envahissement histologiquement constaté, la guérison doit pouvoir se maintenir pendant de longues années ainsi que cela se produit dans quelques cas.

CONCLUSIONS

Les résultats immédiats de cette intervention sont bons puisque deux fois nous avons obtenu une cicatrisation par première intention, avec un moignon utile et suffisamment long pour la prothèse.

Cette intervention apparaît donc comme une solution intéressante pour le traitement de certains épithéliomas du membre inférieur.

La justification de la technique réside :

1° *Dans la lésion initiale.* Nous avons vu dans quelles conditions des cancers haut situés, étendus, infiltrants nécessitaient l'amputation.

2° *Par l'atteinte probable, possible, des ganglions inguinaux.* Il nous faut revenir sur ce dernier point puisque l'accord n'est pas complet. C'est toute la question des évidements ganglionnaires prophylactiques.

— Les statistiques démontrent la fréquence des adénopathies *tardives.*

— *L'absence d'adénopathie* ne veut pas dire *absence de métastase.*

— *La surveillance des malades* qui ne souffrent pas ou très tardivement est difficile et illusoire. *Toutes ces raisons ainsi que la relative bénignité de l'opération combinée* nous permet de pratiquer à titre prophyactique l'évidement inguinal, chez les malades pour qui la lésion initiale entraîne une amputation,

et de préserver ainsi leur avenir d'une manière beaucoup plus efficace.

C'est dire tout l'intérêt que présente cette intervention combinée.

Le Président de la Thèse,
DUCUING

Vu : *Le Doyen,*
CALVET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Toulouse, le 28 Juin 1948

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
DOTTIN.

BIBLIOGRAPHIE

Basset (A.). — Traitement chirurgical opératoire de l'épithélioma primitif du clitoris. Indication. Technique. Résultats. *Revue de Chirurgie*, 1912, pp. 46-546.

Charbonnel. — Société de chirurgie de Bordeaux, 28 juin 1934, *in Bordeaux chirurgical*, janvier 1935, p. 15.

Cuneo (B.). — Système lymphatique. Traité d'anatomie humaine, 1903, volume 2, p. 1803.

Ducuing (J.). — Précis de cancérologie, Masson, 1932.

Ducuing (J.). — Sur l'extirpation des adénopathies cancéreuses de la région de l'aine. *Revue de Chirurgie*, 1934, n° 2, p. 157.

Durand. — De l'épithélioma pavimenteux primitif des cicatrices, *Thèse de Paris*, 1887-1888.

Estrade (J.). — *Bulletin de l'Association Française pour l'Etude du Cancer*, juin 1948, n° 1, p. 18.

Fruchaud (H.). — Extirpation des adénopathies cancéreuses de la région de l'aine (*Journal de Chirurgie*, 1932, p. 667).

Hardouin. — Un nouveau cas d'épithélioma cutané compliquant une plaie de guerre (*Académie de Chirurgie*, 1940, tome 66, n^{os} 13-14).

Huard. — Étude sur l'amputation et la désarticulation des membres supérieurs et inférieurs, Paris, Masson, 1940.

Jeanneney (G.). — Le Cancer (Maloine, éditeur, 1931).

Laborde (S.). — Quelques observations de cancer développés sur cicatrices de brûlures. Difficulté de leur traitement par le radium (*Bulletin de l'Association Française pour l'Etude du Cancer*, juin 1931, pp. 367-381).

Laborde (S.). — A propos de cancers provoqués par les radia-

tions (*Bull. de l'Assoc. Franç. pour l'Etude du Cancer,* février 1931).

Lamber de Cremeur (J.-G.). — Cancers et cicatrices (*Thèse* Bordeaux, 1931).

Montpellier (J.) et Fabiani (F.). — Epithéliomas cutanés sur cicatrices de brûlures (*Bull. de l'Assoc. Franç. pour l'Etude du Cancer,* février 1929, p. 21).

Rivière (C.). — Les épithéliomas sur cicatrices de brûlures des membres inférieurs (*Thèse,* Bordeaux, 1938-1939).

Roussy (G.), Laborde (S.), Huguenin (R.). — Le traitement des cancers cutanés à l'Institut du Cancer de Paris (*Bull. de l'Assoc. Franç. pour l'Etude du Cancer,* 1943, n° 2).

Roussy (G.), Laborde (S.). — A propos de la radio résistance des épithéliomas irradiés antérieurement (*Bull. de l'Assoc. Franç. pour l'Etude du Cancer,* mars 1927, n° 3).

Rouvière (H.). — Anatomie des lymphatiques de l'homme, Paris, 1931.

Rouvière (H.). — Les ganglions inguinaux profonds (*Annales d'anatomie pathologique et d'anatomie normale inédite chirurgicalement,* 1934, vol. 11, page 936).

Roux-Berger (J.-L.). — Cancer et système lymphatique. Faut-il respecter les tissus sains ? (*Presse Médicale,* n°s 56-57, juillet-août 1940).

Tailhefer (A.) et Courtial (J.). — Le traitement des cancers primitifs de la peau et des orifices cutanéo-muqueux à la fondation Curie (*Bull. de l'Assoc. Franç. pour l'Etude du Cancer,* n° 2, 1943).

Trèves (N.) et Pack (Gt.). — Développement of Cancer in burn scars; analysis and report of 34 cases (*Surgical Gyn. and Obst.,* décembre 1930, pp. 749-782).

Taylor (G. W.) et Nathanson (H.). — Lymph. Node Métastases. Incidence and Surgical treatment in néoplasic disease. Lool. Oxford University Press. London-New-York-Toronto.

Imprimerie P.JULIA, 2, rue Temponières - Toulouse.